

Государственное автономное учреждение здравоохранения
Новосибирской области «Городская клиническая поликлиника № 1»

СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

_____, проживающий (ая) по адресу: _____

(год рождения)

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель и т.д.) ребенка или лица признанного недееспособным / документ подтверждающий данное право

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного лица полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку ГАУЗ НСО «ГКП № 1» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный (е) номер (а) телефона (ов), реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Предоставляю Оператору осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, мои персональные данные посредством внесения их в информационные системы министерства здравоохранения Новосибирской области, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (по договорам на оказание платных медицинских услуг).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договорам на оказание платных медицинских услуг) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранить профессиональную (врачебную) тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящим согласием, может осуществляться только с моего письменного разрешения.

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Примечание:

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных. Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии условия, указанных, в частности, в п. 4 части 2 статьи 10 Закона № 152-ФЗ, а именно если обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Субъект персональных данных

(законный представитель) _____

(подпись)

(Ф.И.О.)